

Ansök om Låneskydd eller Livskydd

Förnamn										Efternamn									
Adress																			
Postnummer					Postadress														
Personnummer										Telefonnummer									

Lånenummer

Hälsodeklaration för Låneskydd eller Livskydd

Jag ansöker om SevenDay Låneskydd

Jag intygar att jag under de 12 senaste månaderna:

- inte har varit inlagd i mer än 8 dagar i följd på sjukhus.
- inte har varit borta från arbetet mer än 15 dagar i följd pga. sjukdom.
- inte har drabbats av någon form av hjärtsjukdom, cancer eller hjärnblödning.
- har en tillsvidareanställning och arbetat heltid, d v s mer än 16 tim/vecka och att jag fortfarande arbetar heltid, att jag inte är medveten om någon kommande arbetslöshet och att jag inte erhåller invaliditetsersättning, eller att jag är egenföretagare och/eller arbetar mindre än 16 tim/vecka därmed är medveten om att jag istället omfattas av försäkringsskyddet sjukhusvistelse istället för ofrivillig arbetslöshet.

Jag ansöker om SevenDay Livskydd

Jag intygar att jag under de 12 senaste månaderna:

- inte har varit inlagd i mer än 8 dagar i följd på sjukhus.
- inte har drabbats av någon form av hjärtsjukdom, cancer eller hjärnblödning.

Samtycke till behandling av hälsouppgifter:

- Jag samtycker till att de hälsouppgifter jag lämnar i denna ansökan behandlas av BNP Paribas Cardif för tecknandet av försäkringen. Om samtycke inte ges kan ansökan inte behandlas. Jag har möjlighet att dra tillbaka mitt samtycke. Lämnat samtycke gäller för den tid som passerat innan samtycket dras tillbaka. För information om hur vi behandlar dina personuppgifter, se www.bnpparibascardif.se/personuppgifter

Ort och datum

Underskrift av FÖRSÄKRINGSTAGARE/FÖRSÄKRAD

Namnförtydligande

- Ja, jag vill teckna försäkring. Jag har tagit del av förköpsinformationen. Jag intygar att ovanstående uppgifter stämmer. De uppgifter jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna BNP Paribas Cardif de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg mm som bolaget anser sig behöva för att bedöma skadefall med anledning av mitt eventuella dödsfall. Jag är folkbokförd i Sverige och försäkrad för sjukpenning i svensk försäkringskassa eller motsvarande dansk eller norsk instans. Jag medger att SevenDay på förfrågan från BNP Paribas Cardif får till BNP Paribas Cardif lämna sådana uppgifter om mitt lån som är nödvändiga för försäkringens handläggning. Jag medger att premien för försäkringen debiteras tillsammans med betalningen för mitt Privatlån hos SevenDay.

Ort och datum

Underskrift av FÖRSÄKRINGSTAGARE/FÖRSÄKRAD

Namnförtydligande